

85
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1990

“ OPERATORIA DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA ”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ANGELA MARIA FLORES MARTINEZ

MEXICO, D. F.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

Indice - - - - -	1
Manejo del Paciente Infantil en el Consultorio	
Dental - - - - -	4
Crecimiento y Desarrollo de la Dentición -	14
Prevención de Caries - - - -	32
Caries - - - - -	40
Materiales Dentales - - - -	51
Métodos de Diagnóstico y Tratamiento - -	65
Operatoria Dental - - - - -	80
Conclusiones - - - - -	111
Bibliografía - - - - -	113

CAPITULO 1.

INTRODUCCION

Cuando nos llega al consultorio un paciente infantil -- debemos de recordar que el tratamiento que determinemos de acuerdo a el problema que presente no terminará en -- el momento que cambie la primera dentición por la per-- manente, sino que es una continuidad, ya que si las --- piezas son extraídas prematuramente podríamos alterar -- definitiva y permanentemente la dentición secundaria al no permitir que ocurra la exfoliación natural, así mis-- mo no olvidemos que no tratamos con adultos sino con -- niños, a los cuales les tenemos que dar un trato espe-- cial, ya que de las primera experiencias que tengan de_ sus visitas al consultorio dental, dependerá su compor-- tamiento cooperador o no a cualquier tratamiento.

Por todo ello en los siguientes capítulos nos referire-- mos al mejor conocimiento de nuestros pacientes infan-- tiles así como de las técnicas, métodos y materiales de restauración en Operatoria Dental, ya que lamentable--- mente la mayoría de los pacientes que atendemos, llegan ya con el problema instalado, así que en un capítulo a-- parte tocaremos también el tema de la prevención de ca-- ries, ya que es en los niños en donde nosotros más fá-- cilmente podemos crear hábitos y una buena técnica de -- higiene dental.

CAPITULO 2.

**MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL
EN EL CONSULTORIO DENTAL.**

La primera impresión que se lleven tanto nuestros pa---
ciente como los padres es determinante para que lleve--
mos a un fin satisfactorio el tratamiento, por lo que -
vamos a tomar en cuenta una serie de factores que nos -
van a ayudar a lograrlo.

Aspecto del Consultorio y Sala de Espera.

Los colores del consultorio y la sala de espera deben -
ser claros además de ventilados y con algun punto de a--
tracción como una pecera, un cuadro, etc., esto para --
empezar a infundir confianza y tranquilidad en los pa--
cientes, ya que al decorar con figuras y colores ale---
gres le resultaran agradables a la vista y le distrae--
ran la atención hacia el motivo de su asistencia a el -
consultorio. En cuanto al consultorio debemos evitar --
tener el instrumental a la vista, ya que puede pensar -
que todo lo vamos a utilizar en el, crandole temor.

En la primera cita le iremos mostrando desde los movi--
mientos del sillón dental, la función de la escupidera,

el eyector de saliva, etc., esto para introducirlo en -
el ambiente del consultorio, así como con el equipo e -
instrumental y debemos indicarle con lenguaje sencillo_
su uso.

Personal.

En cuanto a la asistente o enfermera que reciba o que -
atienda a los pacientes y padres de estos, debe tener -
un aspecto agradable y sobre todo dar un trato amable,-
ya que si son recibidos con una sonrisa y con palabras_
que les den confianza los harán tranquilizarse desde la
primera cita y de haber subsecuentes visitas, llegará a
controlarse totalmente.

Así mismo el Cirujano Dentista deberá mostrarse amable,
interesado en el paciente, pero ante todo ser firme y -
seguro para tratarlo y de esta forma lograr el control_
del paciente.

El uniforme tanto de la asistente como del Cirujano ---

Dentista puede ser no necesariamente blanco, ya que esto impresiona a los niños además debe conservarse limpio y evitar manchas de sangre que los altere.

Tiempo.

En la primera cita le elaboraremos Historia Clínica --- completa, un exámen minucioso, un diagnóstico correcto_ para posteriormente darle un tratamiento adecuado.

El tiempo ideal de las citas es de 15 minutos, ya que no es recomendable someterlos a sesiones largas que les resulten cansadas, ya que en el futuro pueden tomar una actitud no cooperadora.

Otros aspectos que deben considerarse en cuanto al tiempo son el motivo de la visita al consultorio ya que --- cuando es de tipo preventivo todo lo anterior lo podemos llevar a cabo, pero cuando se trata de una emergencia tomemos en cuenta que no debemos hacerlo esperar ya que la espera y el problema que presente pueden conjun-

tarse y nuestro paciente entrara sin disposición para -
ser atendido.

Existen otros factores determinantes que influyen en el
comportamiento de los pacientes, que son las relaciones
con padres, hermanos, maestros, amigos y las personas -
que conviven con él, es decir su entorno social.

Padres.

Es fundamental que la primera visita al consultorio los
padres acompañen al niño y que le expliquen el motivo -
de la visita y no permitamos que los engañen ya que la
primera vez puede resultar pero en la siguiente cita --
nos perderán la confianza. Así mismo los premios que --
los padres ofrecen son negativos ya que pueden pensar -
que lo que se va a hacer no merece hacerse por sí mismo
o sea que dar premios es un mal efecto psicológico en -
los niños.

Dependiendo de las actitudes de los padres, si no son apropiadas tendremos pacientes problemas, si han sido sanas serán educados, esto determinará el comportamiento y la clase de pacientes dentales que tendremos.

Así como hablamos con nuestros pacientes debemos también aconsejar a los padres de no manifestar temor frente al niño, no utilizar la Odontología como castigo o amenaza, no ridiculizarlos con el fin de dominar su temor al tratamiento, ya que sólo creará resentimiento -- hacia los padres y hacia nosotros en lugar de ayudar, -- además debe confiar al Cirujano Dentista el tratamiento de los pacientes.

Maestros.

Son una base muy importante en la formación de la personalidad del niño ya que conviven con ellos gran parte del día, ellos resultan de una gran ayuda ya que -- dentro de sus tareas y programas pueden incluir normas_ de higiene dental para que los pequeños empiecen a to-

mar conciencia de la importancia del cuidado de la boca.

Hermanos y Amigos.

Estos juegan también un papel muy importante en la formación de la personalidad del niño, porque aún cuando entre hermanos sean de carácter diferente hay influencia de uno sobre el otro que será tan decisiva como la de los mismos padres, por lo que serán de gran ayuda si los hermanos mayores han tenido experiencias positivas con el Cirujano Dentista y aún si son menores ya que -- harán sentir mayor confianza en el niño. Igualmente los amigos ya que casi siempre son elegidos por él mismo -- pueden resultar una influencia positiva.

Además de contar con los datos anteriores podemos auxiliarnos para tener un mejor conocimiento de nuestros -- pacientes de una clasificación ya establecida como por_

ejemplo la de McBride.

McBride los clasificó de la siguiente manera:

El niño normal.

Con este tipo de pacientes procederemos como con todos los pacientes en general, ya que este tipo de niños no dan problemas.

El niño tímido.

Pueden haber varias razones por las cuales sea tímido, como por ejemplo por ser hijo único, poco afecto de los padres, regaños exagerados de los padres, la falta de oportunidad para alternar con personas fuera de su hogar, niños que no han asistido a la escuela o guarderías. Con estos niños tendremos que esforzarnos por mostrar interés en sus cosas como por ejemplo sus gustos, juegos predilectos llamarlo por su diminutivo, para de esta manera hacerlo sentir confianza.

El niño consentido e incorregible.

Estos niños son el resultado de la excesiva indulgencia e incluso del rechazo de los padres. Estos niños son -- los que lloran, patean, se tiran al suelo intentando que se lo lleven del consultorio y muchas veces los padres les prometen regalos, premios para que acepten ser atendidos.

No debemos ridiculizar o avergonzar al niño, tratemos de calmarlo y explicarle que todo lo que hacemos es por su salud, ya que si no se tranquiliza sera inútil nuestro esfuerzo de mantenerlo sentado en el sillón y él -- empeñado en bajarse, ya que en algunas ocasiones aún -- cuando hubieramos logrado tenerlo por unos momentos en el sillón, cuando iniciamos el tratamiento decide poner obstáculos, como cerrar la boca, etc., entonces se conversa con los padres para determinar que procedimiento se va a seguir. Si los padres deciden seguir como lo -- recomienda el Cirujano Dentista, primeramente deben de salir del consultorio y esperar fuera para dejar que se hable por última vez con el paciente y si no es posible atenderlo se dará a los padres como última opción la A-

nestesia General.

El niño miedoso.

Lo primero que necesitamos es ganar su confianza, explicarle con lenguaje sencillo el tratamiento que le vamos a practicar, porque muchas veces su temor es a lo desconocido a lo que él ha escuchado y que pocas veces es la realidad, ya que incluso se le ha amenazado con llevarlo al consultorio dental como castigo. Este miedo -- puede ser controlado ganando su confianza a través de -- un interés por sus gustos, amigos, preferencias, etc.

El niño deficiente mental.

Con estos niños debemos tener mucha mas paciencia que -- con los niños normales, ya que ellos asimilan con más -- lentitud las indicaciones que los demás. De no ser -- posible que se le atienda normalmente tendremos que -- recurrir a la anestesia general.

CAPITULO 3.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA DENTICION.

CAPITULO 3.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA DENTICION.

Desarrollo facial.

El límite superior de la cara se encuentra en un punto_ que corresponde al punto de referencia óseo, el nasion, el que se encuentra en la unión de los huesos nasales y el frontal.

El límite inferior en posición anterior corresponde a - la punta de la barbilla, denominándose al punto de referencia óseo gnation o mentón. El pogonion es la punta - más anterior de la prominencia ósea de la barbilla.

El límite postero-superior es el punto llamado porion - que se encuentra en la parte superior del canal auditivo.

El límite posterior está en la región de la unión de la rama horizontal y la rama ascendente. A este punto se - le llama gonion.

Maxilar.

La superficie bucal del paladar duro comprende dos hue--

Los principales, los maxilares superiores unidos, incluyendo los premaxilares y los huesos palatinos unidos. En el paladar existen dos suturas principales, la sutura palatina media y la sutura palatina transversa. La sutura palatina media se cierra en una etapa temprana, sin embargo se producen adiciones a ambos lados de la sutura transversa.

Hueso Cigomático.

De él depende la profundidad de la cara gracias a su crecimiento en la sutura cigomática maxilar y la sutura cigomática temporal. Contribuye a la dimensión horizontal de la cara por medio de las adiciones superficiales en la superficie lateral y por resorciones en la superficie media.

Mandíbula.

Se desarrolla directamente a partir de tejido membrano-

so, despues de formarse el hueso aparecen áreas aisladas de células cartilaginosas y cartílago. Estas áreas, están en la cabeza del cóndilo, de la apófisis coronoides y del ángulo. De nacimiento el cartílago condilar es único que permanece y persiste indefinidamente.

El cartílago de la cabeza del cóndilo, a diferencia de otras superficies articulares, está cubierto por tejido fibroso, más profundamente hacia el cuello del cóndilo el cartílago se calcifica y entonces puede ser reemplazado por hueso.

El crecimiento en la cabeza del cóndilo incrementa la altura de la cara, así como su profundidad, según el grado de obtusidad del ángulo gonial. Si el ángulo fuera recto, el crecimiento en la cabeza del cóndilo contribuiría solo a la altura de la cara.

Como las apofisis horizontales de la mandíbula divergen de anterior a posterior, todas las adiciones por la parte posterior de las ramas ascendentes aumentarán en esa área de la dimensión horizontal de la parte inferior de la cara.

Factores Hereditarios.

En situaciones normales la cara no crecerá mas allá de los límites de patrones genéticos preconcebidos, sin embargo sabemos que en ciertas enfermedades como la enfermedad ósea de Paget y la Acromegalia se exceden los límites normales.

Crecimiento facial.

Se puede reconocer un patrón de crecimiento promedio, sin embargo puede haber diferencias considerables del promedio sin ser consideradas anormalidades.

Por medio de radiografías se han demostrado los siguientes movimientos de las fronteras craneales:

El nasion se mueve hacia delante y hacia arriba, la espina nasal anterior se mueve hacia abajo y hacia delante. La barbilla emigra hacia abajo y hacia adelante. El gonion se mueve hacia abajo y hacia atrás. La espina na

Factores Hereditarios.

En situaciones normales la cara no crecerá mas allá de los límites de patrones genéticos preconcebidos, sin embargo sabemos que en ciertas enfermedades como la enfermedad ósea de Paget y la Acromegalia se exceden los límites normales.

Crecimiento facial.

Se puede reconocer un patrón de crecimiento promedio,-- sin embargo puede haber diferencias considerables del promedio sin ser consideradas anomalías.

Por medio de radiografías se han demostrado los siguientes movimientos de las fronteras craneales:

El nasion se mueve hacia delante y hacia arriba, la espina nasal anterior se mueve hacia abajo y hacia delante. La barbilla emigra hacia abajo y hacia adelante. El gonion se mueve hacia abajo y hacia atrás. La espina na

sal posterior, en dirección recta hacia abajo. El piso_ de la nariz o paladar duro se mueve hacia abajo en di-- rección paralela a su estado precedente. El plano oclu- sal y el borde inferior de la mandíbula emigran hacia a bajo, a un plano casi paralelo a sus posiciones prece-- dentes.

Erupción Dental.

Orden de Erupción.

Generalmente el orden de erupción de los dientes temporales es el siguiente:

- 1o. Incisivos centrales
- 2o. Incisivos laterales
- 3o. Primeros molares
- 4o. Caninos
- 5o. Segundos molares

Las piezas mandibulares generalmente erupcionan primero que las maxilares.

Edad de Erupción.

Regularmente la edad en que hacen su aparición los dientes temporales es la siguiente:

6 meses, centrales primarios

7-8 meses, laterales mandibulares

8-9 meses, laterales maxilares

12 meses primeros molares

16 meses, caninos

24 meses, segundos molares

En la dentición permanente el orden de erupción es el siguiente:

6 años, primer molar mandibular, incisivo central, incisivo lateral mandibular

6-7 años, primer molar maxilar

7-8 años, incisivo central maxilar

8-9 años, incisivos laterales maxilares

9-11 años, canino mandibular, primer y segundo premolar y segundo molar

10-11 años, primer premolar maxilar

11-12 años, canino maxilar, segundo premolar maxilar, - segundo molar

Anatomía de los Dientes Temporales.

Incisivo Central superior.- El diámetro mesio-distal de la corona es superior a la longitud cervico-incisal, no suelen ser evidentes en la corona las líneas de desarrollo por lo que la superficie vestibular es lisa. El borde incisal es casi recto, aún antes que tenga evidencias de abración. La raíz del incisivo es cónica.

Incisivo Lateral superior.- Este es muy parecido al central, pero la corona es mas pequeña en todas sus dimensiones, el largo de la corona de cervical a incisal es mayor que el ancho mesio-distal, su raíz es similar a la del central, pero mas larga en proporción con la corona.

Canino superior.- La corona es mas estrecha en cervical que la de los incisivos y las caras distal y mesial son más convexas, tiene una cúspide en lugar del borde recto incisal, su raíz es cónica que es un poco mas del doble del largo de la corona y suele estar inclinada hacia distal.

Primer molar superior.- La dimensión mayor de la corona está en las zonas de contacto mesio-distal, y de ahí la corona converge hacia cervical. La cúspide mayor es la mesio-lingual, la cúspide disto-lingual es pequeña redondeada y mal definida, la cara vestibular de la pieza es lisa, sus tres raíces son largas, finas y bien separadas.

Segundo molar superior.- Es muy parecido al primer molar permanente, tiene dos cúspides vestibulares bien definidas con un surco de desarrollo entre ellas, su corona es más grande que la del primer molar al igual que sus raíces siendo la lingual la más grande y gruesa, -- cuenta con tres cúspides en la cara lingual, una mesio-lingual que es grande y bien desarrollada, una disto-lingual y una menor (tubérculo de carabelli). Hay un surco bien definido que separa la cúspide mesio-lingual de la disto-lingual, en la cara oclusal se ve un reborde oblicuo prominente que une la cúspide mesio-lingual con la disto-vestibular.

Incisivo central inferior.- Más pequeño que el superior pero su dimensión vestibulo-lingual es un milímetro in-

ferior respecto al superior, su cara vestibular es lisa en lingual presenta rebordes marginales y cingulo, su tercio medio y tercio incisal en lingual pueden tener una ligera concavidad al nivel de los rebordes marginales, el borde incisal es recto, la raíz es más o menos el doble del largo de la corona.

Incisivo lateral inferior.- Parecido al incisivo central, pero un poco mayor en todas sus dimensiones, excepto en la vestibulo-lingual, en la cara lingual tiene una concavidad entre los rebordes marginales, el borde incisal se inclina hacia distal.

Canino inferior.- Similar al canino superior, aunque la corona es más corta y la raíz aproximadamente 2 mm. más corta, en sentido linguo-vestibular no es tan ancho como el superior.

Primer molar inferior.- Tiene dos cúspides vestibulares sin evidencias de un claro surco de desarrollo entre ellas, la cúspide mesial es la mayor de las dos, hay una acentuada convergencia lingual de la corona en mesial con un contorno romboide en distal. La cúspide mesio---

lingual es larga y separada por un surco de desarrollo de la cúspide disto-lingual que es redondeada y bien desarrollada, el reborde marginal mesial esta bastante bien desarrollado, al punto que parece otra pequeña cúspide lingual. Observando el molar desde mesial se nota una gran convexidad vestibular en el tercio cervical, lo largo de la corona mesio-vestibularmente es mayor que mesio-lingualmente, de tal modo la línea cervical se inclina hacia arriba desde vestibular hacia lingual, sus raíces son largas y finas y se separan en el tercio apical.

Segundo molar inferior.- Semejante al primer molar inferior permanece sólo que menor en todas sus dimensiones, la superficie vestibular está dividida en tres cúspides separadas por un surco de desarrollo mesio-vestibular y otro disto-vestibular, las cúspides tienen un tamaño casi igual. En lingual hay dos cúspides de tamaño casi igual divididas por un surco lingual. Observando al molar desde oclusal parece rectangular con una ligera convergencia de la corona hacia distal, el reborde marginal mesial está más desarrollado que el distal. Las raíces del segundo molar temporal son largas y finas con

una separación característica mesio-distal en los tercios medio y apical.

Maloclusiones.

Etiología.

Los principales factores etiológicos de las maloclusiones los clasificaremos en generales y locales.

Generales.

Herencia

Defectos congénitos (paladar hendido, disostosis craneo facial, parálisis cerebral, sífilis, etc.)

Ambientales:

- a) Prenatales.- lesión en el nacimiento, parálisis cerebral, lesión de la articulación
- b) Traumas.- dieta materna, metabolismo materno, varicela durante el embarazo de la madre

Ambientales metabólico-predisponentes y enfermedades:

- a) Desequilibrio endócrino
- b) Trastornos metabólicos
- c) Enfermedades infecciosas (poliomielitis, etc.)

Problemas nutricionales

Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales:

- a) Lactancia anormal (postura anterior del maxilar inferior, lactancia no fisiológica, presión bucal excesiva, etc.)
- b) Chuparse los dedos
- c) Hábitos con la lengua y chuparse la lengua
- d) Morderse labios y uñas
- e) Hábitos anormales de deglución
- f) Defectos fonéticos
- g) Anomalías respiratorias (respiradores bucales)
- h) Amígdalas y adenoides
- i) Tics psicogénicos y bruxismo

Postura

Trauma y accidentes

Locales.

Anomalías de número:

- a) Dientes supernumerarios
- b) Dientes faltantes (anodoncia, pérdida por accidentes, caries)

Anomalías en el tamaño de los dientes.

Anomalías en la forma de los dientes.

Frenillo labial anormal, barreras mucosas.

Pérdida prematura de dientes.

Retención prolongada.

Erupción tardía de los dientes permanentes.

Vía de erupción anormal.

Anquilosis.

Caries dental.

Restauraciones dentarias inadecuadas.

Clasificación de Maloclusiones del Dr. Angle.

Primera clase.-- Cuando los molares están en su relación apropiada en los arcos individuales, y en los arcos -- dentales cierran en un arco suave a posición oclusal, -- la cúspide mesio-bucal del primer molar superior permanente estará en relación mesio-distal correcta con el -- surco bucal o mesio-bucal del primer molar inferior permanente.

Segunda clase.-- Cuando los molares están en su posición correcta en los arcos individuales, y los arcos dentales cierran en un arco suave a posición céntrica, la -- cúspide mesio-bucal del primer molar superior permanente estará en relación en el intersticio de el segundo --

premolar mandibular y el primer molar mandibular o sea_ el arco inferior ocluye en distal al arco superior.

Tercera clase.- Cuando los molares están en posición co rrecta en los arcos individuales y los arcos dentales - cierran en un arco suave a posición céntrica, la cúspi de mesio-bucal del primer molar maxilar permanente esta rá en relación con el surco disto-bucal del primer mo-- lar mandibular permanente o con el intersticio bucal en tre el primero y el segundo molares mandibulares, o in- cluso distal o sea la mandíbula oclusiona en mesial al_ maxilar superior.

CAPITULO 4.

PREVENCIÓN DE CARIES.

La función del Cirujano Dentista no es sólo la de curar sino que actualmente se le ha dado la importancia que merece a la Prevención de la caries, ya que si se efectuara a una edad temprana se evitarían muchos problemas posteriores.

Ya que la caries es un mal que ha dado lugar a otras -- complicaciones, es necesario detener su acción en la me dida que sea posible desde un punto de vista fisiológico, bioquímico, bacteriológico y dietético, modificando su desarrollo y evitando de esa manera su prolifera---- ción.

A continuación se describen algunas medidas preventivas como Técnica de cepillado, flúor y sus diferentes aplicaciones y Dieta.

Técnicas de cepillado.

La higiene bucal es la clave para la prevención y el -- tratamiento con éxito de la caries. La placa dental ge-

neralmente es la causante de dar principio a los procesos cariosos y para su eliminación es cepillado el método mas empleado, ya que es fácil y aceptado socialmente como la forma adecuada de limpiar la boca, además que utilizando una gran variedad de técnicas y cepillos reduce considerablemente la placa en la superficie bucal y lingual y en cierta medida las superficies interproximales de los dientes.

Las técnicas de cepillado recomendadas para un paciente específico depende del estado dental del mismo.

Técnica de Bass.- Cuando los márgenes gingivales se encuentran localizados en la unión del cemento con el esmalte y las papilas interdentarias llenan los nichos interproximales, esta técnica también conocida como del surco es la recomendada. El cepillo se pone en ángulo - de tal manera que las puntas de las cerdas se dirijan - hacia el surco gingival. Se aplica presión leve, apenas flexionando las cerdas. A continuación se mueve el cepillo con movimientos cortos rotatorios o frotantes hacia atrás y hacia adelante y se lleva por toda la boca, permitiendo que las cerdas eliminen la placa de las super-

ficies dentarias expuestas, surco y porciones de las superficies proximales. En la porción lingual de los dientes anteriores, el cepillo puede colocarse en posición vertical para permitir mejor adaptación de las cerdas, aunque los movimientos sean los mismos.

Técnica de Charters.- La extensión de la limpieza interproximal puede mejorar con esta técnica, en la que el cepillo se coloca en el margen gingival en un ángulo aproximado de 45° hacia la superficie oclusal, una posición que obliga a las cerdas a entrar a los nichos, moviendo entonces el cepillo sistemáticamente alrededor de la boca con movimientos vibratorios.

En cuanto a los cepillos, el eléctrico proporciona una alternativa, aunque con frecuencia es criticado es el equivalente y en algunos casos superior al cepillo manual.

El diseño de los cepillos dentales ha cambiado durante los últimos años, pasando de cepillos grandes con cer-

das duras que se pensaba eran mas efectivos hasta cepillos de varios tamaños con cerdas suaves.

En la mayor parte de las personas el cepillo de tres hileras y mechones sencillos es quizá el que pueda colocarse y utilizarse con mayor facilidad.

El hilo dental es un magnífico auxiliar para la limpieza interdientaria y cuando se emplea con regularidad y correctamente es aproximadamente mas efectivo para la eliminación de la placa interdientaria, por lo que debemos de recomendar su uso a nuestros pacientes.

Flúor.

La utilización de flúor es otra medida preventiva contra la caries, tendiendo varias formas de aplicación -- que a continuación describimos:

Fluoración de aguas de consumo. -- Esto para incorporar flúor a las estructuras dentarias. La concentración op-

tima es de 1 a 1.5 ppm., reduce la caries en un 60%.

Este método es el adecuado para la reducción de la caries en las masas.

Aplicación tópica de flúor.- Los tratamientos con fluoruro por aplicación tópica implican el depósito del migmo en cuestión de minutos. lo que no sucede por vía general porque la acumulación de concentraciones de flúor en la superficie adamantina lleva meses para dientes -- primarios y años para dientes permanentes.

El tiempo que dure la aplicación será de acuerdo a las indicaciones del fabricante y es recomendable usar las cucharillas o aplicadores diseñados especialmente para este tipo de aplicación. También para que la incorporación sea efectiva y no sea interferida por factores de calcificación se sugiere hacer una limpieza y profilaxis antes de aplicar el flúor.

Dieta.

El desarrollo de un individuo depende de dos factores:

Genético.- Que determinará los límites del crecimiento.

Ambientales.- Que son nutricionales, infecciosos, sensoriales.

La nutrición influye en el crecimiento y en la formación dental principalmente en los primeros años de vida para lo cual es necesaria una dieta balanceada. La deficiencia de un nutriente o su exceso durante el período de amelogénesis o dentinogénesis puede formar un diente con resistencia alterada a la caries.

En la etapa pos-eruptiva, el estado nutricional y los patrones de selección de los alimentos pueden determinar que microorganismos formarán la placa.

La dieta ideal para un individuo debe de contener los siguientes cuatro grupos de alimentos:

- Lácteos.- leche, queso, crema y derivados
- Carnes.- de pescado, pollo, cerdo y res
- Verdura y frutas
- Leguminosas y cereales

Selladores de Fosas y Fisuras.

Con el correr de los años se han propuesto diversos materiales y técnicas para la prevención de caries en las áreas susceptibles de fosas, surcos y fisuras de los molares en niños. Las técnicas más recientes usan sistemas de resinas que pueden ser aplicadas a las superficies oclusales de los molares. El objetivo es que la resina penetre en las fosas y fisuras para polimerizar y sellar esas áreas contra la flora bucal. Se han empleado distintos tipos de resinas, con relleno o sin él, como selladores, también se usan con esa finalidad sistemas por fotocurado y cemento de ionómero vítreo.

Los materiales selladores deben emplearse en condiciones cuidadosamente controladas. Es probable que actualmente resulten más adecuados para fines de odontología comunitaria y para consultorios donde se destaca la odontología preventiva.

CAPITULO 5.

CARIES.

Etiología de la Caries.

Es la enfermedad mas común del ser humano, teniendo su origen en diversos factores locales y generales, siendo una lesión primaria de los tejidos duros, que se caracteriza por una coloración de los mismos, habiendo una - descalcificación seguida por la desintegración de la -- sustancia orgánica.

Factores causales.

Factores biológicos: saliva
 microorganismos

Factores físicos: atrición
 erosión
 bruxismo
 maloclusión
 tratamientos de ortodoncia
 y cualquier agente físico que pudie
 ra dañar

Factores Químicos: ácidos
y cualquier sustancia química que
pudiera lesionar

Epidemiológicos: raza
edad
sexo
lugar de nacimiento
dieta

Factores biológicos.

Saliva.- Se dice que es probable que los componentes salivales pueden afectar la flora bucal y la formación de placa. Una manifestación importante en la saliva es un índice de caries, ya que la saliva puede actuar como -- una membrana de adherencia de los microorganismos que -- pueden ahí desarrollarse, por lo cual la saliva debe de ser de tipo mucoso con un pH entre 6.8 y 7.2. El pH crítico para iniciación de destrucción dentaria es de 5.5. Cuando existe una disminución se verá que habrá mayor -

incidencia de caries, debido a la acidez salival y por el contrario cuando hay un aumento las posibilidades -- son mínimas por la alcalinidad de la saliva.

Microrganismos.-- Generalmente la desmineralización del diente que resulta de la acción de los ácidos orgánicos se produce por las bacterias. Las bacterias que mayor acción tienen en la descomposición son estreptococos anaerobios o mutans el lactobacilo acidógeno ejerce la misma acción, aunque en menor escala.

Factores Físicos.

Atrición.-- Se produce en superficies masticatorias de los dientes y suele ser pronunciada en individuos con alimentación burda.

Erosión.-- Es la pérdida idiopática de tejidos dentarios duros, a lo largo de los bordes gingivales de los dientes y puede ser causada por la manera de cepillarse -- los dientes.

Bruxismo.- Frotamiento de una pieza con el antagonista_ habiendo un desgaste del esmalte.

Maloclusión.- Que puede ser por concrecencia, erupción tardía, dientes en mal posición, etc.

Tratamientos de ortodoncia.- Debido a los brackets, arcos, en sí toda la aparatología que implica un tratamiento de este tipo, ya que pueden ser un obstáculo para una buena higiene.

Otros factores físicos puede ser la morfología de las piezas dentarias ya que existe una mayor incidencia de caries en fasetas, fisuras, defectos estructurales, cullos, vertientes, cúspides, etc.

Factores Químicos.

Los ácidos que inician el proceso cariogénico se forman por la acción de microorganismos en los restos alimenticios, principalmente carbohidratos fermentables, cont

nidos en acumulaciones adherentes a la superficie llamada placa.

Las bacterias de la placa principalmente el estreptococo mutans actúa sobre la fructuosa de los alimentos produciendo ácido láctico que ocasiona descalcificación de el esmalte, durante la abundancia de carbohidratos en el medio bucal las bacterias que pueden acumular polisacáridos intracelulares (amilopectina) y dentro de los períodos de carencia pueden actuar sobre esta reserva para continuar produciendo ácido láctico dependiendo de la susceptibilidad del esmalte, por lo tanto para que halla una lesión cariosa debe de existir:

placa dental bacteriana
tipo de alimentación (carbohidratos principalmente)
susceptibilidad del esmalte

Factores Epidemiológicos.

La caries dental es la causa de alrededor de un 90% del

total de extracciones dentarias en pacientes infantiles juveniles y adultos.

El ataque carioso se incrementa a medida que los niños_ crecen, estimándose que a los seis años un 80% de ellos están afectados por la caries. Este incremento de ca--- rries se debe a la alimentación, higiene, anatomía denta_ ria, así como también a la escasa capacidad defensiva - del diente (etapa de maduración del esmalte).

Podemos decir que la raza blanca y amarilla presentan - un índice de resistencia menor que la raza negra. Por - otro lado las estadísticas muestran que la caries es -- mas frecuente en la niñez y adolescencia que en la edad adulta, en la cual el índice de resistencia alcanza el_ máximo.

En cuanto a frecuencia de acuerdo al sexo es la mujer - la que presenta mayor índice de caries en una propor--- ción de 3 a 2.

El oficio y ocupación es otro factor que debe tomarse - en cuenta, ya que puede haber hábitos que propicien la_

aparición de caries.

En cuanto al lugar de nacimiento es de tomarse en cuenta debido a que no en todos los lugares y regiones se consumen los mismos alimentos y el mismo tipo de agua, como el ya clásico ejemplo de las personas nacida en Aguascalientes, que debido al exceso de flúor en el agua se les pigmentan los dientes desde un color amarillo -- hasta café.

Otro ejemplo lo constituyen los esquimales que debido a su dieta consistente principalmente de alimentos burdos son susceptibles a la atrición.

Aparte de las causas antes mencionadas cabe decir que durante y en la vida intrauterina pueden haber factores que influyan en la futura susceptibilidad de las piezas dentales a la caries, entre los cuáles se podría mencionar la buena o deficiente alimentación de la madre durante el embarazo, ya que en esta época es cuando mejor alimentada debe de estar, debido a que se esta formando y fortaleciendo el nuevo ser.

Teorías sobre la formación de la caries.

Teoría Acidógena.-Esta basada en la acción destructora de los ácidos de origen bacteriano capaces de desintegrar el esmalte, esta teoría considera a los ácidos como la llave de todo el fenómeno responsable de ésta destrucción, el lactobacilo se considera como el responsable en la producción de ácidos, otros microorganismos capaces de producir ácidos al igual o en menor escala de importancia como los estreptococos.

Teoría Proteolítica.- Gottled señala que "la caries se inicia en la matriz orgánica del esmalte", ésta teoría, dice que los microorganismos responsables serian proteolíticos y no acidogénicos. Gottled sostuvo que la caries empieza en las laminillas del esmalte o vainas sin calcificar. La destrucción se caracteriza por una pigmentación amarilla que aparece desde el primer momento en que involucra una estructura del diente. La degradación de proteínas casi siempre da cierta producción de ácido lo que contribuiría a la desintegración del esmalte.

Teoría de la Quelación.- Schatz y su equipo atribuyen a la etiología de la caries a la pérdida de apatita por disolución debido a la acción de agentes de quelación orgánicos, algunos de los cuales son producto de la descomposición de la matriz. La quelación se caracteriza por su capacidad de causar la solubilización y el transporte de material inorgánico. Los alimentos, la saliva, el sarro, etc., contienen agentes de quelación entre los que podemos citar aniones, ácidos, aminos, peptidos polifosfatos y carbohidratos, lo que induce a pensar que podrían contribuir en la producción de caries.

Teoría Endógena.- La escuela escandinava sustentó: La caries puede ser el resultado de cambios bioquímicos que se inician en la pulpa y se manifiestan clínicamente en esmalte y dentina. el proceso tendría origen en alguna influencia del sistema nervioso central, principalmente en relación con el metabolismo del magnesio de los dientes individualmente, lo que explicaría que la caries ataque algunos dientes y respete a otros. El mecanismo íntimo resultaría de una perturbación del equilibrio fisiológico entre los activadores de la fosfatasa, principalmente el magnesio y los inhibidores de la

misma representados por el flúor en la pulpa. Roto el -
equilibrio la fosfatasa estimula la formacion de ácido_
fosforico, el cual disolveria los tejidos calcificados_
desde la pulpa hasta el esmalte.

CAPITULO 6.

MATERIALES DENTALES.

Actualmente la mayoría de las investigaciones odontológicas están relacionadas con el desarrollo de mejores materiales y el perfeccionamiento de las técnicas para su manipulación. Debido a esto han salido al mercado -- una gran cantidad de productos por lo que debemos analizar con cuidado la literatura y propaganda de los fabricantes para determinar que materiales y técnicas serán más útiles para nuestros paciente.

Barnices Cavitarios.

El barniz cavitario es principalmente una resina natural o una resina sintética que ha sido disuelta en un solvente como el cloroformo, éter o acetona. Cuando es aplicado en la preparación el solvente se evapora dejando una delgada película.

Las ventajas que obtenemos de su uso son las siguientes:

Aunque los barnices cavitarios tienen una baja conductividad térmica, no se aplican en cantidad suficiente co-

mo para servir de aislante térmico, pero aparentemente, los dientes restaurados con materiales metálicos y que previamente hemos aplicado barniza cavitario, son menos sensibles a las bebidas frías o calientes.

El barniza cavitario sirve como un sellador efectivo -- contra la microfiltración inicial alrededor de las amalgamas y otros materiales restauradores.

El barniz cavitario forma una barrera inhibidora para la penetración de iones metálicos de la amalgama y disminuye la probabilidad de los cambios desagradables de coloración.

La capa de barniz también es beneficiosa para evitar -- que el ácido del cemento de fosfato de cinc penetre en la dentina.

Hay varios métodos para la aplicación del barniz, por ejemplo con un pincel de pelo de camello o con un ansa de alambre. Un pequeño aplicador de algodón, formado so

bre la punta de un escariador de endodoncia es un medio particularmente conveniente para la aplicación del barniz en todas las zonas de la cavidad o en las cavidades diseñadas para pins.

El barniz debe ser fluido no viscoso, capas gruesas de barniz no impregnan el diente y no sellan efectivamente los márgenes.

El barniz se aplica varias veces, cada capa se deja secar aproximadamente 20 segundos antes de aplicar la siguiente. El propósito de hacer dos o tres aplicaciones, no es para aumentar el espesor sino para asegurar una cobertura mas continúa. Al secar el barniz tiende a formar pequeños orificios y la segunda o tercera aplicación ayuda a que se llenen estos vacíos. Para que sirva efectivamente como sellante o inhibidor de ácidos, el recubrimiento debe ser lo menos poroso posible.

No es necesario retirar el barniz de los márgenes de la preparación. En el medio oral normal no habrá deterioro si hay una capa delgada de barniz en los márgenes de la cavidad.

Bases de Cemento,

La función de la base de cemento es la de promover la recuperación de la pulpa lesionada y protegerla contra lesiones ulteriores, además forma una barrera contra los ácidos. La base sirve como aislador térmico efectivo cuando se emplea bajo una restauración metálica.

La base debe tener suficiente espesor para brindar aislamiento, por lo que 0.5 mm son aproximadamente los adecuados para éste propósito.

La base también debe soportar la condensación de la amalgama. Si la resistencia de la base es inadecuada, el cemento se deformara o se fracturara, permitiendo que la amalgama penetre y llegue a contactar con el piso dentinario, eliminando así la protección térmica que debería proveer la base. Anteriormente se consideraba que solo el cemento de fosfato de cinc tenía la suficiente resistencia a las presiones de condensación de la amalgama, pero actualmente existen evidencias de que varias de las bases de hidróxido de calcio de curado rápido, el óxido de cinc y eugenol o los cementos de ionómero de -

vidrio, tienen suficiente resistencia como para ser usados efectivamente sin necesidad de una capa adicional de cemento de fosfato de cinc.

Amalgama.

El material restaurador que mas se utiliza en los dientes temporales sigue siendo la amalgama, ya que este material tiene la ventaja exclusiva de que los microfectos en los margenes expuestos disminuyen cuando los productos de corrosion van llenando los espacios existentes en la interfase restauración-diente, sin embargo hay que observar debidamente ciertos principios biomecánicos por lo cual el dentista está obligado a ser meticoloso en la preparación de la cavidad y manipulación de la amalgama.

Recordemos que la elección de la aleación de la amalgama representara el éxito o el fracaso de la restauración. El avance mas reciente en la formulación de aleaciones es la presentacion de amalgama con alto conteni-

do de cobre. El concepto subyacente en estos productos se centra en las reacciones de endurecimiento de la amalgama.

También es muy importante la proporción mercurio-aleación que regularmente es de 50 y 50 por ciento respectivamente, para obtener una mezcla con consistencia adecuada para ser trabajada.

La trituración es otro factor importante en la manipulación de la amalgama. Cuando mayor sea el tiempo de trituración, menor será la cantidad de mercurio que queda en la restauración condensada. Si la mezcla es amalgamada en defecto, el tiempo de endurecimiento se acorta y se eliminara menos mercurio durante la condensación. El peligro en la amalgamación generalmente es la trituración en defecto, no la sobretrituración.

La condensación es el adaptar la amalgama a las paredes de la preparación en la forma mas íntima posible, para minimizar la formación de espacios vacios y para eliminar los excesos de mercurio de la amalgama. Cuanto mayor sea la presión de condensación, menor será la resis

tencia de ésta, así que debemos poner mucho interés en la elección del condensador y la técnica de construcción de la amalgama.

El pulido es otro paso que no podemos pasar por alto, - ya que la restauración con amalgama no estará terminada hasta que la pulamos, recordando que debemos evitar la generación de calor durante el pulido, ya que cuando se eleve la temperatura de la amalgama sobre los 60°C , el mercurio subirá a la superficie quedando una estructura débil y porosa. Usaremos para el pulido pastas húmedas y es conveniente que dejemos pasar 24 hrs. para no intervenir en el proceso de endurecimiento de la amalgama.

Cemento de Silicato.

Estos cementos tienen efecto anticariogénico, debido al flúor que está presente en el polvo, se usa un fundente como el fluoruro de calcio durante la fabricación, para sintetizar los demás componentes, conteniendo aproxima-

damente un 15 %. Durante la aplicación del cemento y -- despues de ella, el fluoruro reacciona con las estructuras dentales vecinas de manera similar a la de las soluciones acuosas de fluoruros que se aplican por topicacion.

A pesar de tener propiedades cariogénicas su uso se limita debido a que en las condiciones del medio bucal -- tiende a mancharse y desintegrarse, su resistencia es inadecuada para ser usado como restauración permanente.-- La vida de una restauración de silicato es en promedio_ de unos cuatro años, ademas hace mucho tiempo fue reemplazado por las resinas composite.

Cemento de Fosfato de Cinc.

Compuesto esencialmente por un líquido de ácido fosforico que se mezcla con polvo de óxido de cinc, teniendo - características de manipulación excelentes en cuanto a_ tiempo de endurecimiento, fluidez y espesor de película formada.

Dependiendo del uso que le demos será la consistencia - del cemento ya que si lo usamos para cementar deberá -- ser fluido a diferencia cuando el material sirva para - base. Cuando lo usemos de base y debido a su irritabili dad recordemos usar barniz cavitario.

Cementos de Policarboxilato.

El polvo es principalmente óxido de cinc y el líquido - es ácido poliacrílico o un copolímero de ese ácido. Aun que el pH del cemento es comparable con el cemento de - fosfato de cinc, las propiedades biológicas son excelen tes. Aparentemente las moléculas del ácido, mayores, no pueden penetrar en la dentina tan fácilmente como hace_ el ácido fosforico. A causa de sus buenas propiedades - biológicas, este cemento es útil como base o como cemen to, especialmente si la cavidad es profunda.

El tiempo de manipulación debe ser el mínimo posible de biendo mezclarse polvo y líquido rápidamente, quedando_ terminada la mezcla en 30 segundos.

Cemento Ionómero vítreo.

El líquido es esencialmente ácido poliacrílico con adición de algunos otros ácidos como el itacónico y el tartárico. Por ello el ácido tiene el potencial para la quelación de ciertos iones de la estructura dental, en especial del calcio. Esta unión química principal asegura entonces la retención del cemento sobre el diente. Este líquido especial es también muy bueno en cuanto a las respuestas tisulares.

El polvo es un vidrio de silicato de alúmina. Al ser casi un cemento de silicato, tiene la propiedad de liberar fluoruro dándole propiedades anticariogénicas.

Por su bondad biológica y su potencial para adherirse al calcio de los dientes se usa principalmente como material restaurador para el tratamiento de áreas desgastadas y como agente cementante. También puede emplearse como material para base aún cuando el material es muy sensible al agua y resulta imperativo un campo seco.

Resinas Acrílicas.

Los primeros sistemas de resinas usados en Odontología_ fueron principalmente de poli metilmetacrilato y se les conoce como resinas acrílicas. Inicialmente tienen características estéticas excelentes, son insolubles en los líquidos bucales y tienen baja conductividad térmica, sin embargo tienen un alto coeficiente de expansión térmica, baja resistencia y escasa resistencia a la abrasión y no son anticaries.

Composites.

Durante largo tiempo resultó muy difícil encontrar un material restaurador adecuado para las cavidades proximales y vestibulares en los incisivos y caninos temporales hasta que aparecieron los composites, que son resinas compuestas con rellenos de cuarzo, fibras de vidrio y polvos cerámicos y que tienen ciertas ventajas en relación con las resinas acrílicas convencionales.

Entre las ventajas de los composites tenemos que tienen menor contracción de polimerización, coeficiente de expansión térmica mas bajos, mayor resistencia mecánica, mayor resistencia a la abración y menor percolación.

También existen ciertas desventajas de las cuales la -- mas importante es la irritacion que puede afectar la -- pulpa.

Coronas de acero.

Cuando la lesión es amplia e irregular en los molares y dientes temporales lo indicado son las coronas de acero inoxidable prefabricadas, de las cuales existen de varios tamaños y tipos para todos los dientes.

Los casos en que está indicado su uso son los siguientes:

Grandes lesiones destructoras de la corona en molares - o dientes con tratamientos pulpares.

Defectos importantes de mineralización de molares.

Como cobertura protectora en fracturas traumáticas de la corona.

Como anclaje para enganchar mantenedores de espacio o aparatos de ortodoncia.

Las ventajas que encontramos en el uso de las coronas de acero son por ejemplo que el diente restaurado mantiene su función adecuada. La cobertura total del diente reduce el riesgo de que aparezcan nuevas lesiones de caries. La retención de placa es mínima y por lo tanto disminuye la irritación gingival. La preparación que se hace conserva la estructura del diente. Es un procedimiento agradable para el niño, ya que la mayor parte del ajuste se realiza fuera de la cavidad. El tratamiento es barato y se hace en corto tiempo.

CAPITULO 7.

METODOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Diagnóstico.

Contamos con varios elementos que nos ayudan para elaborar un buen diagnóstico y trazar un plan de tratamiento adecuado para nuestros pacientes, entre los que están:

- Historia Clínica
- Exámen clínico

Historia Clínica.- Es un registro indispensable para -- realizar cualquier intervención o tratamiento, además -- que es necesario realizarla correctamente, ya que por -- medio de ella lograremos conocer el estado de salud o -- enfermedad de los aparatos y sistemas que integran el -- organismo de los pacientes.

La Historia clínica de un paciente de Odontopediatría, - puede dividirse en:

Datos generales

Historia de los padres

Historia prenatal y natal

Historia posnatal y de la lactancia

Datos generales:

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Raza:

Sexo:

Nombre de la persona que proporciona los datos:

Relación con el paciente:

Ocupación del padre:

Ocupación de la madre:

Dirección del niño:

Con quien vive el niño:

Nombre y dirección del médico del niño:

Quien lo recomienda?:

Motivo de la consulta:

Fecha:

Historia de los Padres:

La historia de los padres proporciona alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. También nos -- proporciona el grado de interés que los padres tienen -- sobre sus propios dientes, puesto que la actitud de los padres hacia la Odontología puede reflejarse en la aceptación o rechazo del paciente hacia los tratamientos -- dentales.

Historia Prenatal y Natal:

Las historias prenatal y natal nos pueden proporcionar_ indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de piezas caducadas o permanentes, efectos de drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas formativas de las piezas. Se lleva a cabo de la siguiente manera:

¿Ha tenido alguna enfermedad durante el embarazo?:

De qué tipo y en que mes de embarazo?:

Estuvo en tratamiento médico durante el embarazo?:

Tomo antibióticos durante el embarazo?:

Cuáles y cuánto tiempo?:

Tuvo alguna dieta de alto valor vitamínico o calcio?:

Existe incompatibilidad sanguínea entre Ud y su conyuge:

Fue prematuro su hijo?:

Necesitó transfusiones sanguíneas?:

Otro dato importante que quiera agregar?:

Historia Posnatal y de la Lactancia:

Se revisan los sistemas del paciente, también se registra información, tal como tratamientos preventivos previos de caries, trastornos del desarrollo con importancia dental, alergias, comportamiento del niño, etc., -- realizándose de la siguiente manera:

Fue amamantado?:

Durante cuánto tiempo?:

Tuvo convulsiones durante la lactancia?:

Se alimentó con biberón?:

Durante cuanto tiempo:

Tuvo enfermedades propias de la infancia durante la l infancia?:

Cuáles?:

Fiebre reumatica?:

Dolores en las articulaciones?:

Afecciones renales?:

Afecciones del corazón?:

Anemia?:

Recibió antibióticos su hijo?:

A que edad, durante cuanto tiempo y qué tipo?:

Tuvo el niño dificultad para aprender a caminar?:

Alguna operación?:

Por que razón?:

Algún accidente?:

Considera a su hijo enfermizo?:

Porqué?:

Tiene alguna incapacidad física o mental?:

Toma golosinas entre comidas?:

Sufre frecuentemente dolores de dientes?:

Sangran sus encías con facilidad?:

Es alergico a algún tipo de comida, anestésicos locales penicilina o a otro medicamento?:

Le ha dicho el médico que su hijo es hemofilico?:

Tiene problemas para hacer amigos?:

Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre?:

Tiene hermanos o hermanas?:

De qué edades?:

Tiene problemas en la escuela?:

Ha tenido experiencias anteriores con el dentista?:

Como han sido, buenas o desagradables?:

Porque?:

Alguna observacion que quiera agregar?:

La ampliación y enfoque de la historia dependen de las_
circunstancias que rodean a cada paciente, ademas de --
que en caso de urgencia no limitaremos puntos relaciona_
dos con el problema.

Exámen Clínico.-- A continuación un diseño de un exámen_
Odontopediátrico:

Perspectiva general del paciente:

Estatura:

Peso:

Lenguaje:

Temperatura:

Exámen de la cabeza y del cuello:

Tamaño y forma de la cabeza:

Piel y pelo:

Inflamación facial y asimetría:

Articulación temporomandibular:

Oídos:

Ojos:

Nariz:

Cuello:

Examen de la cavidad bucal:

Aliento:

Labios, mucosa labial y bucal:

Saliva:

Tejido gingival:

Paladar:

Faringe y amigdalas:

Dientes:

Fonación, deglución y musculatura peribucal:

Posición de la lengua durante la fonación:

Balbucesos y ceceos anteriores o laterales:

Forma de la lengua en posición de descanso:

Posición de los labios en descanso:

Para llevar a cabo este examen clínico el niño deberá - estar sentado cómodamente y utilizaremos la jeringa de aire, espejo y explorador.

Otros elementos auxiliares para lograr un buen diagnóstico, son los modelos de estudio y exámenes radiográficos.

Modelos de estudio.- Los modelos de estudio nos auxiliarán en el diagnóstico y tratamiento, ya que por ejemplo si se toman al inicio del tratamiento quedarán como un registro, un antecedente para nosotros observar el -

grado de avance del tratamiento, además chequearemos en ellos oclusión, elaboración de aparatos, tamaño de coronas de acero, etc.

Para la elaboración de los modelos de estudio necesitaremos taza de hule, espátula, yeso, cucharillas para la toma de impresión, las cuales deben ser las adecuadas al tamaño de las arcadas de nuestro paciente para evitarle molestias, y el material con el que vamos a impresionar será a juicio del Dentista el que elija, tomando en cuenta que debe ser de fácil manipulación y de sabor agradable. Se recomienda tener dobles modelos de estudio para quedarnos con un juego cuando tengamos necesidad de enviar uno para la elaboración de algún trabajo al laboratorio.

Exámenes Radiográficos.- Las radiografías de cualquier tipo proporcionan información sobre forma, tamaño, posición, densidad relativa y número de objetos presentes en el área. Al reunir esta información, debemos tener en cuenta las limitaciones de la radiografía. Las principales limitaciones de radiografías dentales normales

estriban en que muestran una figura bidimensional de un objeto tridimensional y que los cambios en los objetos blandos no son visibles, además de que la información proporcionada se refiere principalmente a estructura -- clasificada.

La radiografía debiera emplearse para proporcionar las siguientes categorías de información:

Lesiones por caries incipiente.- La mayoría de las veces no es posible detectar caries incipientes interproximales con el espejo y el explorador y nos auxiliaremos de las radiografías.

Anomalías.- Entre las que encontramos:

Dientes supernumerarios

Macrodoncia

Piezas fusionadas, anquilosadas y geminadas

Piezas ausentes (anodoncia)

Dens in dente

Odontomas

Hiperplasias

Alteraciones en la calcificación de las piezas.- Entre las enfermedades particulares de los dientes que producen alteraciones en la calcificación podemos encontrar:

Amelogénesis imperfecta

Dentinogénesis imperfecta

Displasia dentinal

Alteraciones en el crecimiento y desarrollo.- La radiografía puede proporcionarnos un indicio temprano de un retraso en el desarrollo y puede indicar la extensión del retraso o la precocidad de erupción.

Alteraciones apicales y periodontales.- Las radiografías pueden ser de gran ayuda para diagnosticar patologías apicales así como alteraciones de la membrana periodontal.

Alteraciones en el hueso de soporte.- Muchos de los cambios en la estructura ósea de la mandíbula y del maxilar se pueden observar radiográficamente e indican enfermedad general o local. La destrucción ósea local puede indicarnos:

Abscesos

Quistes

Tumores

Osteomielitis

Enfermedad periodontal

En muchos casos, la primera indicación de que un niño - tiene enfermedad crónica es el descubrimiento de cambios óseos en una radiografía obtenida por el Dentista.

Cambios en la integridad de la pieza.- Las radiografías son de gran utilidad para detectar:

Raíces fracturadas y reabsorbidas

Fijaciones de piezas primarias sobre gérmenes de piezas secundarias

Desplazamientos

Anquilosis

Fracturas óseas

Cuepos extraños

Evaluación pulpar.- Cuando existe la necesidad de tratamiento pulpar, las radiografías nos auxiliaran para ob-

servar la profundidad relativa de la lesión cariogénica y su proximidad a la pulpa, la forma de ésta y nos sirve de guía para la obturación de canales y evaluar el - terminado

A continuación mencionaremos algunos tipos de radiografías que se utilizan generalmente y algunas consideradas como estudios especiales.

Radiografía periapical.- Con este tipo de radiografía - que es la más comúnmente utilizada logramos diagnosticar el estado de la corona, la raíz, el área periapical el ligamento periodontal, soporte óseo, pulpa.

Radiografía interproximal.- Nos ayuda a descubrir caries proximal incipiente, estado de la cresta interdental, control del sellado de obturaciones.

Radiografía lateral maxilar.- Muy útil cuando interesan zonas mas amplias que las periapicales e indispensables en casos de anomalías óseas o de trastornos del creci--

miento maxilar y problemas de oclusión, en procesos patológicos grandes o cuando por razones de comportamiento no es posible la toma intrabucal por ser muy pequeño el paciente.

Radiografía panorámica.- Permite una visión sin interrupción de los dientes y estructuras esqueléticas vecinas. Estas radiografías están indicadas para el análisis de espacio en el arco. Se emplea un mecanismo por el cual la película y la fuente de los rayos X se mueve al mismo tiempo con la misma velocidad, la película y el tubo giran en torno de un punto fijo de rotación, este punto es relativamente estacionario respecto a la película y de los rayos por lo que cualquier estructura que sea radiografiada en el punto fijo quedará registrada.

CAPITULO 8.

OPERATORIA DENTAL.

La experiencia de los Dentistas y especialmente habiendo trabajado con niños, ha demostrado que la clave de un exitoso tratamiento dental es el manejo adecuado y cómodo de los pacientes, el uso de anestesia o premedicaciones ligeras y la acertada elección de los equipos operatorios, por lo que en este capítulo hablaremos de ello.

Uso de la técnica a cuatro manos.- El uso de la técnica a cuatro manos es uno de los avances más importantes -- que se pueden incorporar al consultorio dental ya que -- da tanto comodidad y bienestar al paciente, padres y -- auxiliares como al propio Dentista.

Una de las principales ventajas del uso de la técnica a cuatro manos es que mejora el numero de cuidados dentales que ofrecemos a los pacientes, ya que el factor cansancio disminuye marcadamente.

También abre varias oportunidades para la expansión de los deberes y del papel desempeñado por los asistentes.

Técnicas de Aislamiento.

Relativa.- La técnica relativa de aislamiento es el uso de rollos de algodón, ya que aunque para la mayoría de los casos está indicado el uso del dique de caucho a veces se prefiere el uso de los rollos de algodón. Usando soportes para los rollos pueden ser mantenidos en su lugar sin problemas, algunos de estos se ajustan en posición con un cierre deslizante de fricción vertical. El niño tolerara mejor los rollos si les ponemos un poco de enjuague bucal con un sabor agradable. Para bloquear totalmente el flujo de saliva de la glándula parótida, debiera colocarse un rollo de algodón en la reflexión bucal opuesta al primer molar permanente superior, en cualquier arco en que se este operando. Para ayudar a que el campo este lo más seco posible se puede utilizar un eyector de saliva adecuado al tamaño de nuestro paciente.

Absoluta.- La técnica absoluta de aislamiento es el uso del dique de caucho, ya que se obtienen resultados exce

lentes en las restauraciones en los niños por las siguientes razones:

Da tanto al operador experimentado como al inexpérimentado la clave para el buen tratamiento de casi todos los tratamientos en niños.

Aumenta la cantidad y la calidad del trabajo producido por unidad de tiempo, porque retrae las mejillas y la lengua lejos del campo operatorio y también disminuye la posibilidad de lesiones de fresa de los tejidos y de la deglución o aspiración de materiales extraños.

Proporciona un campo seco cuando es necesario para la preparación de bases, de recubrimientos de pulpa y para la inserción y condensación de restauraciones con amalgama.

Permite el uso de rociador de aire y agua en fresas de alta velocidad y facilita el uso de puntas de aspiración de alto volúmen. Al mismo tiempo se hace obvia la necesidad de utilizar eyectores de saliva, porque el niño en quien se esta operando está reclinado.

Permite al operador mayor visibilidad total y mayor ---
accesibilidad para los procedimientos necesarios.

El material necesario para utilizar el dique de caucho_
en niños es variado, pero a continuación enlistamos el_
mas usual:

Dique de caucho de 12.5 X 12.5 cm

Perforadora de dique

Pinzas portagrapas

Arco de Young

Seda dental

Tijeras

Grapas para piezas erupcionadas parcialmente (Ivory No.
14 y 14A)

Grapas para piezas erupcionadas totalmente (S.S. White_
No. 18 , 206, tambien Ivory No. 00)

Papel de articular

El número de piezas que se incluyen en la aplicación -- del dique de caucho es opcional, aunque se sugiere que cuando sea posible se incluyan todas las piezas posteriores y el canino de un cuadrante. Se sugiere un método simplificado para perforar el dique, que ahorra tiempo.

Básicamente el sistema consiste en cuatro perforaciones de tamaño graduado de grande a pequeño, perforadas en ángulos cerca del centro del dique. Este método tiene las siguientes tres ventajas:

- 1.- El dique está centrado en el cuadrante que se está trabajando, no en la cara del niño, lo que le permite respirar aire periférico limpio mientras permanecen protegidas las ventanas de la nariz del niño.
- 2.- El dique puede ser lavado, empolvado y perforado -- previamente para posteriormente ser guardado.
- 3.- Los diques perforados previamente se ajustan a todos los arcos, ya sean superiores o inferiores, sencillamente pasándolos al otro lado.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La selección de grapas es casi automática, puede usarse la Ivory No. 14 en todos los segundos molares primarios y puede usarse la Ivory No. 14A en todos los molares -- parcialmente erupcionados que tienen los niños a los 6_ años. La mayoría de los molares primarios pueden ser en grpados con grapas S.S. White No. 206 o la Ivory No. 00 Para aquellos niños de más edad cuyos molares a los 6 _ años tienen contornos gingivales mas bajos pueden usarse las grapas S.S. White No. 18 universales. Estas 5 gra-- pas pueden utilizarse para asegurar el dique en el arco en casi todos los niños.

Técnicas para aplicar el dique de caucho.

- 1a. Puede engraparse la pieza más posterior del arco, - se hace deslizar el dique sobre esta grapa y luego_ sobre todas las otras piezas que han de estar ex--- puestas.

- 2a. Puede llevarse a cabo solo cuando las aletas de la_ grapa estan ya aseguradas en el dique, el cual a su vez está extendido sobre el arco de Young, luego se lleva toda la construcción a la pieza que ha de en-

graparse y después se asegura.

3a. Consiste en deslizar el arco de la grapa a través - del apoyo más posterior del dique de caucho, entonces con las pinzas en una mano y la otra sosteniendo las esquinas del dique que se llevan hacia arriba, se lleva la grapa con el dique ya añadido a la pieza y se asegura con los dedos apretando el material lubricado sobre las aletas una por una para sellar la pieza. Se extiende el dique para recibir el arco de Yong, se aíslan las piezas restantes y se secan para prevenir que se desalojen.

Instrumentos para la preparación de cavidades.

Los instrumentos cortantes rotatorios utilizados para la preparación de cavidades se llaman comúnmente fresas y las hay para pieza de mano con contrángulo de baja velocidad y fresas para pieza de mano de alta velocidad y varían entre sí por su tamaño y por la forma en que nos la presentan los fabricantes.

Dependiendo de la forma geométrica que tenga la punta - de trabajo, las fresas pueden ser:

Redondas o de bola y su numeración va del 1 al 18.

De cono invertido cuya numeración va del 34 al 39.

De fisura cilíndrica cuya numeración va del 500 al 559.

Fisura tronco cónica con numeración del 700 al 704.

Las fresas de fisura lisa tienen cuchillas en un solo - sentido y estas cuchillas pueden ser diagonales o longi tudinales.

Existen otro tipo de fresas poco usadas en operatoria - debido a su especializada función, tales como fresas de pera y fresas de estrella; las fresas antes mencionadas pueden conseguirse en el mercado de acero, de carburo y de diamante. Las primeras poco usadas en operatoria pue den usarse para eliminar dentina reblandecida, las se-- gundas para socabar dentina y las de diamante para pene trar esmalte y ampliar cavidades.

Los usos de las diferentes fresas son los siguientes:

Las fresas de bola o redondas si se trata de diamante - sirven para iniciar cavidades y cuando se trata de carburo sirven para remover dentina; otro uso aunque no es específico para éste tipo de fresas es el de hacer retenciones.

Fresas de cono invertido sirven para emparejar el piso de la cavidad, para ampliar y para hacer retenciones.

Fresas de fisura cilíndrica sirven para ampliar cavidades cuando el paralelismo no es de vital importancia.

Fresas de fisura tronco cónica, sirven para ampliar cavidades y tallar paredes cuando el paralelismo es prioritario.

Fresas fisura estriada sirven para ampliar cavidades -- procurando retención adicional por las rugosidades que esta fresa deja en las paredes.

fresas de fisura lisa sirven para dar terminado a las -

paredes de la cavidad dejándola lo mas terso posible.

Las fresas de estrella tienen su principal uso para el tallado del piso de la cavidad y procurar retención.

Piedras montadas, generalmente constituídas por abrasivos ligeros o polvo de diamante y existen en forma de - lentejas, redondas, en forma de cono y flama. Se usan - para hacer desgastes muy pronunciados en el esmalte y - para biselar el ángulo cabo superficial.

Fresas para pulir amalgama o bruñidores los cuales sus cuchillas no tienen filo.

Preparación de cavidades.

La decisión de restaurar piezas primarias debe basarse en varios factores además de estar afectadas por caries, entre los cuales tenemos:

Edad del niño.

STATE OF NEW YORK

IN SENATE

JANUARY 1, 1910.

REPORT OF THE COMMISSIONERS OF THE LAND OFFICE

FOR THE YEAR 1909.

ALBANY: PUBLISHED BY THE STATE PRINTING OFFICE, 1910.

Grado de afección de la caries.

Estado de la pieza y del hueso de soporte observado en radiografías.

Momento de exfoliación normal.

Efectos de la remoción retención en la salud del niño.

Consideración del espacio en el arco.

La detección de caries incipientes en las piezas pueden enfocarse por varios métodos. Con un espejo y un explorador se puede detectar la caries en fosas y fisuras y también en cervical. Si se quieren descubrir lesiones interproximales, son esenciales las radiografías especialmente entre los amplios contactos de los molares. - Se podrá hacer una mejor detección, si antes del exámen se han limpiado las piezas y si permanecen secas durante el exámen.

La clasificación de las preparaciones de las cavidades_ en piezas permanentes originadas por Black puede modifi_ carse ligeramente en las piezas temporales y pueden des_ cribirse como sigue:

Primera clase.- Las fosas y fisuras de las superficies_ oclusales de los molares y las fosas bucales y lingua-- les de todas las piezas.

Segunda clase.- Todas las superficies de los molares -- con acceso desde la superficie oclusal.

Tercera clase.- Todas las superficies proximales de las_ piezas anteriores que puedan afectar o no a extensiones_ labiales o linguales.

Cuarta clase.- Superficies proximales de las piezas an_ teriores que afecta la restauración del angulo incisal.

Quinta clase.- En el tercio cervical de todas las pie-- zas, incluyendo la superficie proximal, en donde el bor_ de marginal no esta incluido en la preparacion de la ca_ vidad.

Deben seguirse las mismas etapas mecánicas den la pre--
paración de cavidades en las piezas temporales que en -
las de los adultos. Estas etapas son:

- 1.- Diseño de la cavidad
- 2.- Forma de resistencia y de retención
- 3.- Forma de conveniencia
- 4.- Eliminación de caries restante
- 5.- Terminar la pared de esmalte
- 6.- Limpieza de la cavidad

Cavidades clase I.-

En el trazo de una restauración oclusal hay que abarcar todas las zonas susceptibles de sufrir la extensión de la caries. La anatomía de las fisuras, la proximidad de la exfoliación o la falta de cooperación del niño pueden aconsejar la realización de preparaciones restrictivas.

La preparación oclusal debe ser en principio una amplia

ción de fisuras. las paredes se preparan convergiendo ligeramente en dirección oclusal. Los ángulos internos se redondea y se examina meticulosamente la unión amelodentinaria por si hubiera extensión lateral de caries. Las fosetas y fisuras que se prolongan en vestibular y lingual suelen ser claros en molares temporales y debemos prolongarnos si hay caries o son susceptibles a la caries.

Cavidades clase II.-

Debemos tomar en cuenta los siguientes principios para la preparación de estas cavidades:

- a) La cavidad oclusal debe extenderse en el interior de la dentina surcos y ángulos internos ligeramente redondeados. La forma básica de las cajas debe ser en cono truncado y el suelo en la base del cono, de esta manera hacemos retención permitiendo que la preparación siga dirección de los prismas del esmalte.

- b) La unión de las porciones proximal y oclusal no debe ser demasiado superficial ni muy estrecha. La amplitud de la cavidad entre las cúspides adyacentes debe ser menor, sobre todo para las preparaciones mesio-oclusales en los primeros molares inferiores, en los que los cuernos pulpares mesiales se inclinan -- centralmente por debajo del borde transverso. Debe -- redondearse suavemente el ángulo entre el piso de la preparación oclusal y la pared pulpar de la caja proximal.
- c) Las paredes vestibulares y lingual de proximal deben diverger cervicalmente.
- d) La cavidad proximal debe extenderse hacia las zonas_ de autoclisis y sus paredes vestibular y lingual han de formar con la superficie ángulos rectos, en los -- casos de baja actividad de caries o que esten proximos a la exfoliación se recomienda una extensión mas conservadora.
- e) El piso cervical debe situarse, si es posible por de bajo de el punto de contacto, hay que romper este pa

ra poder utilizar adecuadamente la banda matriz. De-
de evitarse la extensión profunda ya que se puede --
perder el piso.

- f) Se asegura bien la retención mediante finas rieleras
vestibuloaxiales o linguoaxiales. La elección de la_
retención suele estar determinada por la extensión -
del ataque carioso.

Cavidades Clase III.-

Cuando la lesión en un incisivo es incipiente, puede --
usarse una fresa de carburo pequeña para preparar la ca
vidad con un mínimo de extensión labial y lingual. Si -
la caries es mas extensa y el ángulo incisal permanece_
intacto se puede hacer una preparación de cola de mila-
no en el lado lingual de preferencia o en el labial de_
la pieza.

Cuando éstas cavidades son preparadas en caninos, gene-
ralmente es necesaria la retención adicional que propor

cionan las colas de milano. Si se ha perdido el ángulo incisal puede utilizarse una resina compuesta.

Cavidades Clase IV.

En estas cavidades suelen realizarse colas de milano de preferencia en la porción cervical de la superficie lingual. La retención no debe situarse en la fosa lingual, donde el riesgo de exposición accidental de la pulpa es elevado, sino en el propio tubérculo.

Los bordes externos de la cavidad se biselan ligeramente formando un ángulo de aproximadamente de 45° con la superficie del esmalte, de esta forma se aumenta la retención y se facilita el pulido de la restauración a la vez que se mejora el efecto estético.

Cavidades de Clase V.-

Estas preparaciones se hacen como en las piezas perma--

nentes para asegurar que la pared gingival esta libre - de destrucción de estructura dental descalcificadas, se aísla con grapas y dique de hule para retraer los tejidos labiales y linguales. Esto facilita la condensación y también el excavado. En todas las preparaciones profundas se debe usar una base protectora. Puesto que los prismas del esmalte se dirigen incisal y oclusalmente - en las piezas primarias, no es necesario biselar el ángulo cabo superficial gingival.

Coronas de Acero.

Preparación de la pieza.- Administraremos anestésico local y se colocara dique de hule. A continuación eliminaremos caries para establecer si esta involucrada o no -- pulpa. Procedemos a reducir las caras proximales con digcos o fresas de diamante, se hacen cortes casi verticales en las caras proximales que se extiendan gingivalmente hasta que se rompa el punto de contacto con la pieza contigua. Se sigue la forma de la cara oclusal dejándose un espacio de más o menos 1 mm respecto al antagonista.-

No es necesario reducir las superficies vestibular y -- lingual ya que de hecho conviene que exista la reten--- ción de éstas caras para ayudar a mantener la corona, - aunque en algunos casos es necesario reducir la promi-- nencia vestibular muy marcada en especial en el caso -- del primer molar temporal.

Selección de la corona.- Se elige una corona que recu-- bra completamente la preparación, la altura de la coro-- na será reducida con tijeras curvas para lograr la oclu-- sión correcta y que el borde gingival penetre 1 mm deba-- jo del borde libre de la encía. Pediremos al paciente - morder un abatelenguas para llevar la corona a su posi-- ción. Trazamos una marca en la corona al nivel del már-- gen libre de las encías para establecer donde se debera eliminar mas material para no dañar la inserción gingi-- val, se verifican los margenes gingivales. Ubicaremos - la corona en la cavidad después de modelarla verifican-- do la oclusión segurandonos que asiente con un chasqui-- do y que la corona no abra la mordida o provoque desli-- zamiento mandibular en forma incorrecta con respecto a maxilar.

Adaptación de la corona.- Utilizaremos pinzas para abombar a nivel de tercio medio de las caras vestibular y lingual, también las podemos usar en las caras proximales para establecer un contacto adecuado con el diente contiguo. A continuación le haremos un borde gingival en filo de cuchillo que pueda ser pulido y tolerado --- bien por el tejido gingival, para obtener un borde suave emplearemos una rueda abrasiva de goma.

Cementación.- Las superficies dentarias expuestas del diente preparado se cubren con una base cavitaria y la corona se cementa con cemento de fosfato, comprobamos la oclusión para asegurarnos que la corona no ha sido forzada en exceso sobre los bordes de la preparación.

Control del Dolor.

La asistencia dental del niño exige un contacto personal de confianza mutua entre el equipo dental y el paciente. Los procedimientos dolorosos son el factor que va a influir mas, junto con el temor la ansiedad en el

tratamiento dental, por lo que vamos a recurrir a ciertos métodos para evitar el dolor y por consiguiente molestias a nuestros pacientes.

Entre estos métodos tenemos a:

Anestesia local.

Premedicación.

Anestesia general.

Anestesia local.- Necesitaremos rollos de algodón, anestesico tópico, jeringa aspiradora, anestésico y agujas_ de calibre 27 o 25 (cortas o largas). Debemos colocar - al paciente en una posición que proporcione un buen control de la cabeza y suficiente retracción de las mejillas, y de éste modo buena visibilidad y acceso. El auxiliar debe sostener las manos del paciente para su comodidad y seguridad, así como para prevenir cualquier movimiento que interfiera la labora del dentista. El ayudante alcanza la jeringa al dentista desde el lado de el paciente que esta siendo anestesiado, manteniéndola_ baja del nivel de visibilidad. Los ojos del paciente -- son cubiertos por la mano del dentista, y si es necesario la luz de la lámpara se dirige hacia ellos para li-

mitarle momentaneamente la visión. En tanto que se haya hecho una descripción completa de las sensaciones por experimentar, habrá prevalecido la honestidad y de ningún modo estará amenazada la confianza. Antes de la administración del anestésico local, se secan los tejidos y se aplicara anestesia tópica para reducir la sensación. La técnica de inyección en si debe ser muy lenta para así aumentar la seguridad y disminuir las molestias. Se debe inyectar ligeramente por delante de la penetración y en forma de gotas para que la aguja avance siempre en tejido anestesiado. En el maxilar superior no suele ser necesario anestésiar el tejido palatino para la odontología restauradora básica, a menos que un diente parcialmente erupcionado sea el que debe retener la grapa para el dique de goma o que se requiera una extensión subgingival en esa zona.

Premedicacion.— La premedicación preoperatoria tiene -- distintos objetivos:

Control del dolor con analgésicos.

Sedación del paciente.

Prevención de náuseas.

Reducción de las funciones excretoras como preparación para un procedimiento quirúrgico.

Sin embargo, debemos tomar atención a los peligros de la administración incontrolada de fármacos en niños.

En la mayoría de las ocasiones el niño se encuentra ya ansioso antes del tratamiento y en este caso es aconsejable comenzar la sedación con una pequeña dosis la noche anterior al día de la cita, A continuación puede administrarse una segunda dosis aproximadamente una hora antes del tratamiento.

El niño premedicado debe ir acompañado de sus padres o una persona adulta, además de someterse a una vigilancia después del tratamiento.

Si la premedicación induce excitación en lugar de sedación hay que anular la sesión, además de modificar el fármaco o su dosificación la próxima vez.

Los fármacos más aconsejables para la sedación ligera -

en pacientes infantiles son los siguientes:

Derivados del diazepam.-

Está indicado para el alivio sintomático de la tensión, la ansiedad, la aprehensión, fatiga, síntomas de depresión o de agitación y algunas otras como en estados convulsivos, etc.

Debe de administrarse con precaución en niños y ancianos y personas que trabajan en estados de alerta constante. No se debe utilizar en personas que tomen simultáneamente otros depresores del sistema nervioso.

Para los estados de ansiedad se recomienda de 0.12 a 0.8 mg/kg de peso corporal dividido en dos tomas, una la noche anterior a la consulta y una dosis mayor una hora antes de la sesión.

Entre las presentaciones comerciales que encontramos en el mercado esta:

Alboral (Silanes) tabletas de 2.5 y 10 mg, Cápsulas de 24 mg y Ampulas de 10 mg en 2 ml.

Britasepam (Briter), Tabletas de 2, 5 y 10 mg, Suspensión con 40 mg en 100 ml.

Valium (Roche), Comprimidos de 2, 5 y 10 mg, Jarabe de 2 mg en 5 ml, Ampulas de 10 mg en 2 ml, Cápsulas de liberación prolongada de 10 o 15 mg.

Derivados de la Hidroxicina.-

Es útil en la combinación con psicoterapia, en el tratamiento de la ansiedad, la tensión y la agitación psicomotora que acompañan a la tensión emocional y a la ne~~u~~rosis.

Este medicamento no se debiera administrar en los primeros meses del embarazo y en casos de hipersensibilidad, ni en pacientes que presentan un estado de alerta total.

En los niños menores pueden administrarse de 50 a 60 mg en dos o tres tomas y para niños mayores (6 años) se pueden utilizar de 50 a 100 mg. Otra dosis adecuada es_

0.6 mg/kg de peso corporal.

La presentación comercial es Atarax, Grageas de 10 y 25 mg, Jarabe con 200 mg en 100 ml (1 ml es igual a 2 mg).

Pasiflora,-

Este medicamento es de tipo homeopático y se puede utilizar como sedante ligero en pacientes infantiles. La pasiflora es una planta que se da principalmente en Europa y en América del Sur y etimológicamente significa flor de la pasión. La ventaja de este medicamento es -- que no produce adicción, sin embargo no hay que olvidar que todo medicamento homeopático tiene indicaciones específicas es decir no en todos los pacientes esta indicado. Cuando un paciente sea premedicado con passiflora y los resultados no sean esperados hay que modificar la dosis, y si esta última no hace el efecto deseado se cambiará el medicamento por uno de los antes ya mencionados.

La dosis indicada es la pasiflora a la 6a. solución,

30 gotas en un cuarto de vaso con agua, hacer 3 tomas, - tomar 2 durante 2 noches antes del tratamiento y una an tes del tratamiento (una hora).

Sedación Profunda.-

Especialmente cuando existen dificultades para administrar anestesia general en una sesión, cuando el niño -- muestra escasa cooperación y hay necesidad de realizar un tratamiento largo en un corto período de tiempo es a consejable la sedación profunda. En estos casos no se - espera una cooperación activa por parte del niño. Entre los sedantes administrados pueden incluirse la meperidⁱ na, la escopolamina o los opiáceos.

Un niño sedado debe ser vigilado continuamente y no hay que permitirle que se mueva libremente por la calle o - en un lugar de juegos.

Anestesia General.- Algunos niños carecen de la capaci-

dad física o mental de cooperar durante el tratamiento, o no toleren la anestesia local. Por otra parte algunos procedimientos quirúrgicos son tan largos o agotadores, que no se pueden considerar otras formas de tratamiento.

Antes de tomar la decisión de hospitalizar al niño y -- realizar el trabajo bajo anestesia general se debe hacer por lo menos un intento en el consultorio.

En los siguientes casos se indica la anestesia general:

- 1.- Niños con retraso mental al punto de que no se le pueda atender en el consultorio dental
- 2.- Niños en quienes no se puede lograr un control adecuado de la conducta por los procedimientos habituales, complementados con premedicación y anestésicos locales.
- 3.- Pacientes con alergia a los anestésicos locales.
- 4.- Niños con movimientos involuntarios.
- 5.- Pacientes hemofílicos en quienes el uso de una punción para aplicar el anestésico local puede provocar una hemorragia interna.

6.- Niños con trastornos generales y anomalías congénitas que requieran el anestésico general.

Antes de considerar la anestesia general como última opción tomemos en cuenta los siguientes puntos:

- Existe una disminución o un problema psicológico o de conducta de tal magnitud que impida al niño cooperar en el consultorio dental.
- Consideremos si el trabajo a realizar es de tal magnitud como para que el niño no pueda o no quiera cooperar.
- Debemos estar seguros que el lugar que elijamos para someter a nuestro paciente a la anestesia general ---cuente con los medicamentos, equipo y personal eficiente y capaz en caso de que se presentara una emergencia.
- Debemos preparar emocionalmente tanto al niño como a los padres, además debemos de elaborar una historia clínica completa incluyendo estudios de laboratorio.

Si ya hemos elegido la anestesia general como el último recurso para llevar a cabo el tratamiento operatorio si gamos las siguientes indicaciones:

El paciente debe encontrarse en buen estado físico el día del tratamiento.

Debe estar en ayunas.

Durante las 12 horas que le preceden a la intervención, no puede tomar ningún alimento sólido ni líquido .

Debe ir acompañado por su madre, padre o alguna otra -- persona con la que se encuentre familiarizado.

La premedicación y la técnica de la anestesia deben variarse de acuerdo a las necesidades del paciente.

El tratamiento no ha de resultarle traumático y cuando se duerma, así como cuando despierte debe de encontrarse uno de los padres o acompañantes.

CAPITULO 9.

CONCLUSIONES.

Como lo hemos citado en los diferentes capitulos, al --
tratar a los infantes no solamente el éxito del trata--
miento dependera de nuestro conocimiento acerca de las_
tecnicas, instrumental o medicamentos que vamos a utili_
zar en el mismo, sino que algo que es fundamental es co_
nocer los problemas de personalidad y conducta del niño
con su entorno social y principalmente con el Dentista,
ya que prácticamente estamos preparando al paciente a--
dulto a futuro.

BIBLIOGRAFIA.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Samuel Leyt. Editorial Mundi 1a. edición, 1981.

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. Ralph McDonald Editorial Mudi. 3a. Edición. 1971.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Tomas K. Braber. editorial Alvin 1985.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Sidney B. Finn. editorial Interamericana. 4a. Edición. 1973.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICO. kempe Henry. Editorial Manual Moderno. 2a. Edicion. 1972.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. john R. Mink, Editorial Interamericana. 2a Edición.